

QUESTIONÁRIO

1) Qual a sua idade? ____ Sexo: M () F ()

2) Você tem alguma das seguintes doenças?

- () Pressão alta () Diabetes-mellitus
() Problemas de tireoide () Colesterol elevado
() Imunodeprimido

3) Está gestante? Sim () Não ()

4) Qual o seu grau de instrução?

- () Ensino fundamental () Ensino Médio
() Graduação () Pós-graduação

5) Você já ouviu falar em toxoplasmose (doença do gato)? SIM () NÃO ().

Se você respondeu SIM à pergunta anterior, por favor, responda as perguntas abaixo:

6) Dentre as palavras abaixo, quais delas você acha que podem ser consideradas manifestações da doença toxoplasmose:

- Visão embaçada: Sim () Não ()
Cegueira: Sim () Não ()
Problemas na gestação: Sim () Não ()
Retardo mental: Sim () Não ()
Aborto: Sim () Não ()
Febre: Sim () Não ()
Problemas de aprendizado: Sim () Não ()

7) Para você, como uma pessoa pode adquirir a toxoplasmose?

- Contato com fezes de gatos: Sim () Não ()
Consumir frutas e vegetais crus: Sim () Não ()
Consumir carnes cruas ou mal cozidas: Sim () Não ()
Consumir leite ou seus derivados frescos (sem pasteurização ou fervura): Sim () Não ()
Consumir peixe cru: Sim () Não ()
Contato com fezes de cães: Sim () Não ()

8) Quem você acha que pode ser infectado com o parasito da toxoplasmose?

- O Feto, durante a gestação: Sim () Não ()
Mulheres grávidas: Sim () Não ()
Crianças mesmo após o nascimento: Sim () Não ()
Adultos e idosos: Sim () Não ()

9) Quais das medidas abaixo você considera importantes e válidas para se evitar a toxoplasmose?

Lavar bem vegetais crus antes de comê-los:

Sim () Não ()

Não ter contato com fezes de pombos, ratos e baratas: Sim () Não ()

Ingerir carnes bem cozidas: Sim () Não ()

Ingerir água filtrada ou fervida: Sim () Não ()

Lavar as mãos e superfícies de preparação (tábuas e facas) após manusear carnes cruas: Sim () Não ()

Não ter contato com fezes de cães: Sim () Não ()

Lavar as mãos ao manipular terra ou areia:

Sim () Não ()

Não deixar as crianças brincarem na terra ou areia:

Sim () Não ()

Usar máscara para trocar a caixa de areia dos gatos:

Sim () Não ()

Doar os gatos domesticados ou não ter contato com eles durante a gravidez: Sim () Não ()

10) Você já teve algum desses sintomas?

Coceira nos olhos: Sim () Não ()

Vê “nuvens” ou “moscas” quando olha no claro:

Sim () Não ()

Olho vermelho: Sim () Não ()

Ardência nos olhos: Sim () Não ()

Se SIM, foi ao oftalmologista por conta desses sintomas? Sim () Não ()

11) Você já passou por consulta com oftalmologista por outros motivos?

() SIM () NÃO

12) Você tem ou já teve toxoplasmose?

() SIM () NÃO

Se SIM, qual(is) manifestação(ões) da doença que você apresentou (ou apresenta)?

() Problemas oculares

() Um olho () Ambos os olhos

Outros: _____
